ご相談シート

**事業所名**：

**担当ケアマネージャー**：　　　　　　　　　　　　**連絡先：**

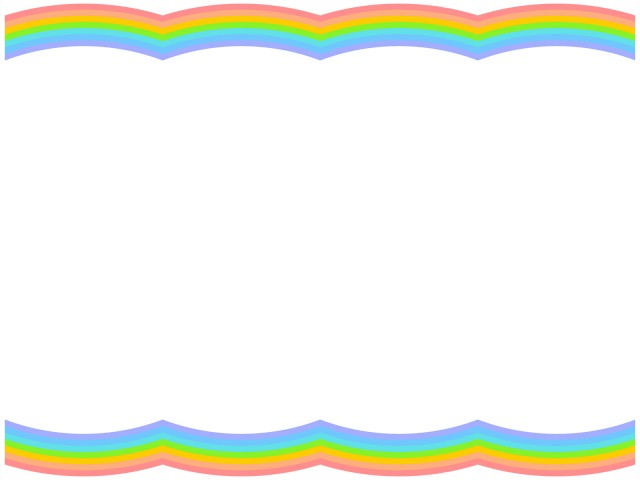
|  |  |
| --- | --- |
| **ご利用者様** | フリガナ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男　・　女  　　　　　　　　　　　　　様　　生年月日：　　　年　　　月　　　日（　　　歳） |
| **ご住所** | 〒　　　　　―    　　　　　　　　市 |
| **電話番号** | 自宅：　　　　　　　　　　　　　本人携帯：  キーパーソン（氏名/続柄：　　　　　　　　　/　　　　　　）  キーパーソン連絡先： |
| **かかりつけの**  **医療機関** | 病院　　　　主治医：　　　　　　　　　　　先生 |
| **主病名** |  |
| **介護度・公費** | 要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5  □生保　□重度心身障害者医療費受給資格証　□指定難病医療受給者証 |
| **利用中のサービス** |  |
| **希望時間・回数** | □看護　　　　月・火・水・木・金　　　午前・午後　　　週　　　回  □リハビリ　　月・火・水・木・金　　　午前・午後　　　週　　　回 |
| **特記事項**  **（家庭環境・本人の性格など）** |  |

＜契約までの流れ＞

①シートのご記入後、にじはな048-915-5503へFAXをお願いいたします。

②にじはなが指示書の依頼をかかりつけ医に行います。

③担当者会議・契約日の打合せを行います。（指示書到着前でも契約可能）

※契約前の顔合わせや内容説明等も行っておりますのでお気軽にご相談ください。